

Demographie und soziale Infrastruktur am Beispiel des Freistaates Thüringen

Helmut Seitz*

1. Einleitung und Übersicht

Mit „Infrastruktur“ bezeichnet man langlebige Einrichtungen, die einen zentralen Funktionsbeitrag für das ökonomische und soziale Gemeinwesen leisten.¹ Vielfach obliegt bzw. oblag die Infrastruktur der staatlichen Aufgabenwahrnehmung, was sich im Laufe der Geschichte aber sehr stark gewandelt hat und sowohl zu zahlreichen „Kooperationsformen“ (wie PublicPrivatePartnership (PPP), Betreibermodelle usw.) aber auch den nahezu vollständigen Rückzug der öffentlichen Hand aus vielen Bereichen der Infrastrukturversorgung – i. d. R. aber unter Beibehaltung eines erheblichen Regulierungseinflusses – geführt hat. Wir wollen uns hier nur mit der so genannten *sozialen Infrastruktur* beschäftigen, zu der man in einer engen Abgrenzung insbesondere

- die Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- Pflegeeinrichtungen (einschließlich Behindertenwerkstätten u. ä.) sowie
- die Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (ohne Kindertageseinrichtungen²)

rechnet.

Die „Nachfrage“ nach den Leistungen der sozialen Infrastruktur wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt:

- die Demographie (insb. die Altersstruktur der Bevölkerung, aber auch die Siedlungsstruktur usw.),
- die Lebensgewohnheiten der Menschen (Ernährungs-, Bewegungs-, Trink-, Rauchgewohnheiten usw.),
- das Sozialgefüge und die Familienstrukturen (bei einer höheren Quote instabiler Familienstrukturen bzw. Familien mit sozialen Problemen besteht ein höherer Bedarf an Einrichtungen und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe etc.; die Nachfrage nach Heimpflegeplätzen hängt von den Familienstrukturen und auch den Arbeitsmarktstrukturen³ ab),
- den technisch-medizinischen Fortschritt (Veränderung der Behandlungsmethoden und der Behandlungskosten usw.),

- ökonomische Gegebenheiten (Tragen von Eigenfinanzierungsanteilen, Ansprüche an die Sozialversicherungen usw.), aber auch
- das bestehende Angebot an Einrichtungen im Bereich der sozialen Infrastruktur (bei großzügigeren Angebotsstrukturen dürfte die Neigung, soziale Infrastruktureinrichtungen wie Heim- und Pflegeplätze auch nachzufragen, größer sein).

Es ist eine schwierige und langwierige Aufgabe, sich ein umfassendes Bild von den Wirkungen dieser Vielfalt von Einflussfaktoren zu verschaffen, sodass wir uns bei unserer Analyse weitgehend auf die demographischen Einflussfaktoren konzentrieren. Hierbei müssen wir uns aber des Umstandes bewusst sein, dass wir stets eine „ceteris paribus“-Betrachtung durchführen, d. h. von der Konstanz der anderen aufgeführten Einflussfaktoren ausgehen. Da die demographischen Verschiebungen in den nächsten Jahren aber erheblich sein werden, stellen diese sicherlich einen der, wenn nicht sogar *den*, zentralen Einflussfaktor dar. So wird die Einwohnerzahl in Thüringen bis 2030 um weitere ca. 16 % im Vergleich zum Jahr 2007 sinken, während die Einwohnerzahl in Gesamtdeutschland in diesem Zeitraum relativ stabil bleiben wird. Die Zahl der jungen Einwohner unter 20 Jahren wird im Zeitraum von 2007 bis 2030 in Thüringen nochmals um etwas mehr als 20 % zurückgehen (Gesamtdeutschland: –17 %). Dies impliziert, dass demographisch bedingt die Nachfrage nach Leistungen des Bildungssystems aber auch der Leistungen der Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sinken wird, sofern andere Faktoren diesen demographischen Trends nicht massiv entgegenwirken. Auf der anderen Seite wird sich in Thüringen die Zahl der Personen im Alter von über 75 Jahren bis 2030 um mehr als 55 % erhöhen. Der Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe wird sich somit von ca. 6 % im Jahr 1991 auf ca. 17 % im Jahr 2030 erhöhen. Es kommt somit infolge der demographischen Veränderungen zu einer deutlichen Bedarfsstrukturverschiebung: Die Versorgungsbedarfe für „jugendrelevante“ Leistungen reduzieren sich, während auf der anderen Seite steigende Versorgungsbedarfe für die ältere Bevölkerung zu verzeichnen sein werden. Es dürfte offenkundig sein, dass damit auch Veränderungen der Budgetstrukturen auf der Landes- und Gemeindeebene verbunden sein müssen.⁴

* Prof. Dr. Helmut Seitz ist Professor für Volkswirtschaftslehre, insb. Empirische Finanzwissenschaft an der Technischen Universität Dresden sowie Forschungsprofessor der Niederlassung Dresden des ifo Instituts für Wirtschaftsforschung. Der Beitrag beruht auf einem Vortrag des Autors auf der Veranstaltung „Demographischer Wandel und soziale Infrastruktur“ in Erfurt, 20.11.2008, verfügbar auf: <http://www.tu-dresden.de/www/lemp/publikation/>.

2. Die soziale Infrastruktur in Thüringen: Eine vergleichende prospektive Analyse

In diesem Abschnitt wollen wir der Frage nachgehen, in welchem Umfang die demographischen Entwicklungen die Nachfrage bzw. den Bedarf nach Leistungen der sozialen Infrastruktur determinieren. Hierbei konzentrieren wir uns ausschließlich auf die Bereiche:

- Pflegeeinrichtungen,
- Krankenhäuser (einschl. der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen) und
- Einrichtungen zur Pflege von Behinderten.

Die ebenfalls zur sozialen Infrastruktur zu rechnenden Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe⁵ haben wir hier aus Platzgründen ausgeklammert.⁶

2.1 Pflegeeinrichtungen

Nach Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (2008a) gab es in Gesamtdeutschland im Jahr 2005 ca. 2,13 Mill. pflegebedürftige Personen von denen ca. 32 % in Heimen versorgt wurden. Von den ca. 1,45 Mill. zu Hause versorgten Personen wurden nahezu 1 Mill. durch Angehörige und ca. 470.000 Personen durch ambulante Pflegedienste versorgt.

Die Tabelle 1 zeigt die Ausstattung der Länder mit Pflegeeinrichtungen im Jahr 2005. Im Durchschnitt gibt es ca. 12,7 Einrichtungen je 100.000 Einwohner, in denen im Durchschnitt ca. 73 pflegebedürftige Personen betreut werden können. In der überwiegenden Mehrzahl der Länder liegt der Anteil der öffentlichen Pflegeeinrichtungen unter 10 %, während mehr als 50 % der Einrichtungen freigemeinnütziger Natur sind. Die Vergleichswerte von

Tabelle 1: Versorgung mit Pflegeeinrichtungen im Jahr 2005

	Pflegeheime je 100.000 Einwohner	Pflegefälle je 100.000 Einwohner	Zahl der Pflegeplätze je Einrichtung	Anteil öffentlicher Pflegeeinrich- tungen
Baden-Württemberg	11,4	729	70,5	9,8%
Bayern	12,4	809	74,3	12,0 %
Berlin	10,3	789	87,4	5,7 %
Brandenburg	12,5	786	67,3	4,7 %
Bremen	12,9	860	71,7	0,0 %
Hamburg	10,2	784	86,5	15,6 %
Hessen	10,7	698	73,3	6,6 %
Mecklenburg-Vorpommern	14,4	905	67,5	7,3 %
Niedersachsen	16,9	949	63,9	3,2 %
Nordrhein-Westfalen	11,1	819	80,2	5,2 %
Rheinland-Pfalz	10,4	715	84,7	1,4 %
Saarland	12,4	852	85,3	2,3 %
Sachsen	15,2	937	67,0	6,0 %
Sachsen-Anhalt	14,9	909	65,1	6,6 %
Schleswig-Holstein	22,1	1.094	59,3	4,3 %
Thüringen	11,9	798	71,6	9,7 %
Deutschland	12,7	821	72,6	6,7 %

Quelle: Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Thüringen weichen kaum von den gesamtdeutschen Werten ab und zwar sowohl im Hinblick auf die vorhandene Kapazität als auch die Größe der Einrichtungen und die Betreiberstruktur.

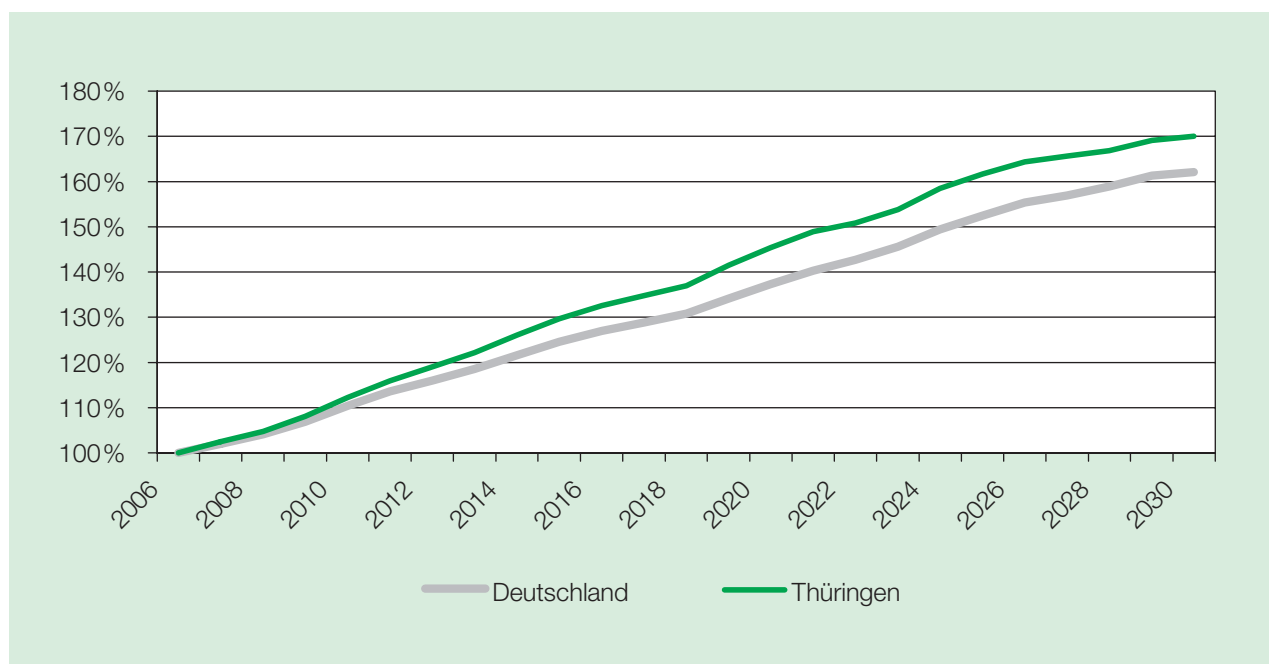
Die Länderrelationen in Tabelle 1 verändern sich kaum, wenn man – wie in diesem Bereich weit verbreitet – die Zahl der Einwohner über 80 Jahre als Referenzmaßstab wählt. In der Tat sind ca. $\frac{3}{4}$ der Bewohner von Pflegeheimen älter als 80 Jahre, sodass diese Altersgruppe für die Nachfrage von entscheidender Bedeutung ist. Die Zahl der in Pflegeheimen versorgten Pflegefälle je 100.000 Einwohner liegt bei ca. 700 in Hessen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg, während in Schleswig-Holstein⁷ nahezu 1.100 Pflegefälle je 100.000 Einwohner verzeichnet werden. Die aufgezeigten Länderunterschiede lassen sich nicht durch Unterschiede in der Altersstruktur bzw. dem Anteil älterer Personen an der Gesamtbevölkerung erklären. Relativ gering sind aber die Unterschiede bei der Struktur der Pflegefälle. Etwa $\frac{1}{3}$ der in Pflegeheimen versorgten Personen fallen in die Pflegestufe I, ca. 20 % in die Pflegestufe III und ca. 44 % in die Pflegestufe II. Mehr als 80 % der Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen sind Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung.

Unter Verwendung von Daten über die Altersstruktur der Altenheimbewohner wurde die in Abbildung 1 dargestellte Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen in vollstationären Alteinrichtungen geschätzt.

Nach dieser Projektion wird sich bis 2020 der Platzbedarf in Thüringen um ca. 45 % (bis 2030 sogar um ca. 60 %!) und in Gesamtdeutschland um ca. 37 % erhöhen, was zu einem beträchtlichen Zuwachs in der Zahl entsprechender Einrichtungen sowie der Nachfrage nach geeignetem Pflegepersonal führen wird. Nach Angaben von TNS INFRATEST (2006) gab es im Jahr 2005 in Deutschland ca. 370.400 vollzeitbeschäftigte Arbeitskräfte in den Altenpflegeeinrichtungen, sodass bis zum Jahr 2020 das Beschäftigungsvolumen in diesen Einrichtungen um ca. $\frac{1}{3}$ ansteigen wird. Hierbei wird mit einem Bedarf von einer Vollzeitbetreuungskraft je 2,5 Bewohner einer Altenpflegeeinrichtung gerechnet. In Thüringen und in den anderen ostdeutschen Ländern dürfte dieser Anstieg sogar höher ausfallen, da der Alterungsprozess schneller verläuft als in Deutschland insgesamt. Damit ist aber auch ein erheblicher zusätzlicher Investitionsaufwand verbunden. Das Infrastrukturanangebot – in Termini von Pflegeplätzen und der Zahl von Einrichtungen – müsste sich in Thüringen bis zum Jahr 2020 um 30 % bis 40 % erhöhen. Allerdings ist in diesem Bereich öffentliche Trägerschaft von nur geringer Bedeutung, sodass sich der zusätzliche öffentliche Investitionsaufwand – abgesehen von Investitionsfördermaßnahmen für gemeinnützige und private Einrichtungen – in engen Grenzen halten wird.

Die Unterbringung von Personen in Pflegeeinrichtungen ist für die Länder und Gemeinden mit erheblichen Kosten verbunden. In Tabelle 2 werden die Höhe der

Abbildung 1: Projektion der Entwicklung der Nachfrage nach Plätzen in vollstationären Alteinrichtungen in Deutschland und in Thüringen 2006–2030 (Indexreihe: 2006 = 100 %)



Quelle: Eigene Berechnungen.

Pflegesätze im Jahr 2005 – getrennt nach Ost- und Westdeutschland – sowie die zusätzlich in Ansatz gebrachten Kosten der Unterkunft und Verpflegung sowie rechnerische Investitionskosten ausgewiesen. Die Pflegesätze sind nahezu durchgängig höher als die von der Pflegeversicherung abgedeckten Leistungen, sodass viele Bewohner in Alteneinrichtungen zusätzlich „Hilfe zur Pflege“ im Rahmen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen. Mehr als 80 % der Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen in Thüringen – vergleichbare Relationen gelten aber auch in anderen Bundesländern – erhalten gleichzeitig Leistungen aus der Pflegeversicherung.⁸

In Tabelle 3 sind daher die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege sowie die Nettoaussgaben je Hilfeempfänger im Jahr 2006 dokumentiert. Die Fallzahlen bei der Hilfe zur Pflege sind zwar relativ gering, da im Durchschnitt nur ca. 3 Fälle von Beziehern von Hilfe zur Pflege auf 1.000 Einwohner entfallen, aber die damit verbundenen Fallkosten sind erheblich. So entstehen in Westdeutschland je Fall durchschnittliche Nettoaussgaben (Bruttoausgaben abzüglich der Einnahmen, die in der Regel aus Erstattungen der Sozialversicherungsträger bestehen) in Höhe von nahezu 7.000 € und in Ostdeutschland in Höhe von ca. 3.600 € pro Jahr. Wie die Tabelle 3 zeigt, liegt die relative Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Thüringen deutlich unter dem West- und auch Ostvergleichswert, während die Ausgaben je Fall deutlich höher sind als in allen anderen ostdeutschen Ländern, was sicherlich der weiteren Untersuchung bedarf.

Der gegenwärtig noch vorhandene Kostenvorteil der ostdeutschen Länder dürfte in den nächsten Jahren aber deutlich sinken. Ursache hierfür sind drei Faktoren: Das Fallzahlenwachstum dürfte in Ostdeutschland demographisch bedingt höher ausfallen als in Westdeutschland

und ferner tragen die ostdeutschen Länder in Folge der hohen Arbeitslosigkeit seit der Wende ein besonderes Sozialausgabenrisiko, da die zukünftigen Rentnergenerationen geringere Ansprüche an die Sozialversicherungssysteme haben werden (Gefahr der Altersarmut). Letztendlich ist zu bedenken, dass die Kostenvorteile der ostdeutschen Länder im Bereich der Pflege das unterdurchschnittliche ostdeutsche Tarifniveau reflektieren und der Druck in Richtung Ost-West-Tarifanpassung weiter anhalten wird.

2.2 Krankenhausversorgung

In Abbildung 2 sind einige Kennziffern zur langfristigen Entwicklung im gesamtdeutschen Krankenhausbereich seit 1991 dargestellt. Die Fallzahlen sind unter Schwankungen auf gegenwärtig ca. 115 % des Niveaus des Jahres 1991 angestiegen, was einer auf die Einwohnerzahl bezogenen Wachstumsrate von ca. 0,75 % pro Jahr entspricht. Die durchschnittliche Bettenauslastung ist um ca. 10 % und die Anzahl der aufgestellten Betten um über 20 % gesunken. Die Zahl der Belegungstage war um ca. 30 % rückläufig. Die stärkste Veränderung gab es bei der durchschnittlichen Verweildauer, die um nahezu 40 % gesunken ist. Im Trend hat sich nicht nur die Zahl der Krankenhäuser, sondern auch deren durchschnittliche Größe reduziert, da die Zahl der aufgestellten Betten je Krankenhaus seit 1991 um ca. 30 % gesunken ist. Darüber hinaus hat es in den letzten Jahren einen erheblichen Trend zum Rückzug der öffentlichen Hand gegeben. Waren im Jahr 1991 noch ca. 46 % der Krankenhäuser in öffentlicher und ca. 14,8 % in privater Trägerschaft, betrug der Anteil der öffentlichen bzw. privaten Krankenhäuser im Jahr 2006 ca. 34 % bzw. ca. 28 % und dieser Trend dürfte auch in der weiteren Zukunft anhalten.

Tabelle 2: Durchschnittliche Höhe der Pflegesätze in Alteneinrichtungen im Jahr 2005 (in € je Monat)

	West	Ost
Pflegestufe 0	970	728
Pflegestufe I	1.406	1.074
Pflegestufe II	1.820	1.412
Pflegestufe III	2.178	1.833
zusätzlich fallen an:		
Unterkunft und Verpflegung	622	467
Investitionskosten	399	244

Quelle: TNS Infratest Sozialforschung (2006), Tabelle 9.1.

Tabelle 3: Empfänger von Hilfe zur Pflege im Jahr 2006 je 1.000 Einwohner im Laufe des Berichtsjahres

	insgesamt	außerhalb	innerhalb	Nettoausgaben je Fall
		von Einrichtungen		
Baden-Württemberg	3,1	0,5	2,7	8.541
Bayern	3,4	0,5	2,9	7.329
Berlin	9,8	5,4	4,7	7.362
Brandenburg	3,0	0,9	2,1	3.527
Bremen	9,1	3,2	5,9	6.410
Hamburg	7,5	3,4	4,5	9.775
Hessen	4,3	1,2	3,1	8.466
Mecklenburg-Vorpommern	3,8	1,1	2,7	4.060
Niedersachsen	4,4	1,1	3,4	6.553
Nordrhein-Westfalen	5,7	1,0	4,7	6.530
Rheinland-Pfalz	3,7	0,6	3,1	7.797
Saarland	4,5	1,3	3,3	6.868
Sachsen	3,2	0,9	2,2	3.024
Sachsen-Anhalt	3,4	0,6	2,7	4.023
Schleswig-Holstein	4,2	0,7	3,5	7.757
Thüringen	2,4	0,6	1,8	4.220
Deutschland	4,4	1,1	3,4	6.909
Westdeutschland ohne Berlin	4,4	0,9	3,6	7.322
Ostdeutschland ohne Berlin	3,1	0,8	2,3	3.637
Nachrichtlich: Fallzahlen in Thüringen: 1.445 außerhalb und 4.139 innerhalb von Einrichtungen				

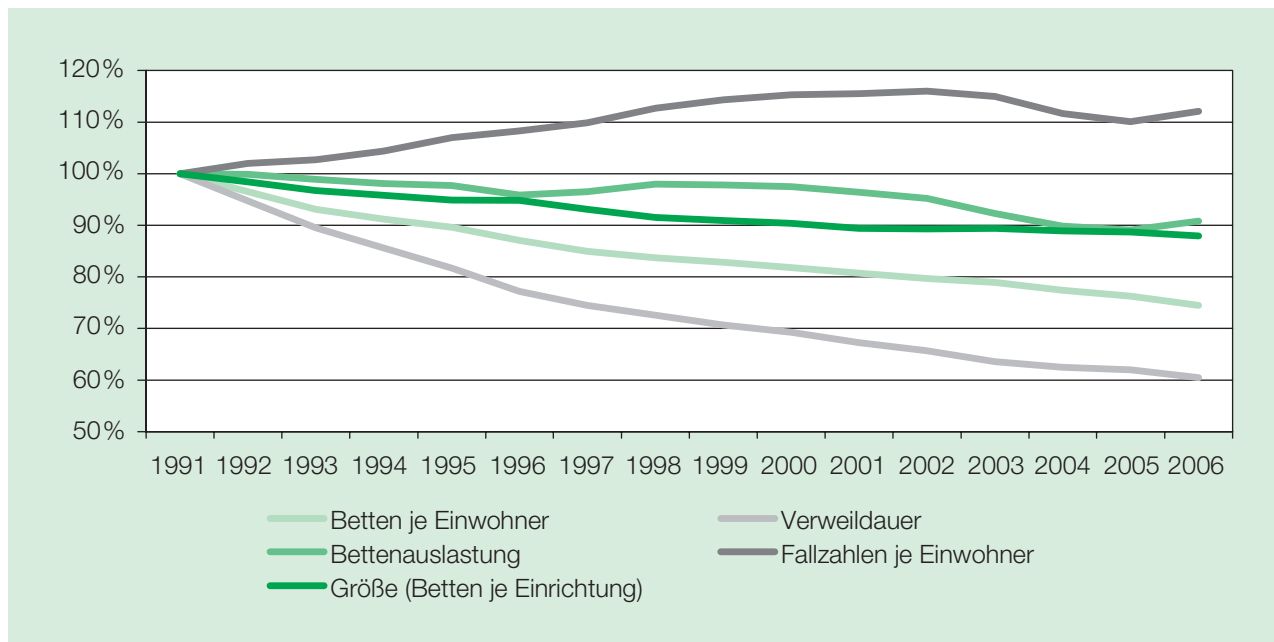
Quelle: Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Die Tabelle 4 zeigt für das Jahr 2006 Vergleichsdaten zum Krankenhausbereich in Thüringen und in Gesamtdeutschland. Während sich die Verweildauer, die Kapazitätsauslastung und auch die Trägerstruktur kaum unterscheiden, liegt die Patientenfallzahl in Thüringen ca. 10% über dem Deutschland-Vergleichswert. Höher ist auch die Bettenkapazität in Thüringen und besonders markant ist der Umstand, dass die Krankenhäuser in Thüringen – wie in allen anderen ostdeutschen Ländern – deutlich größer sind und damit auch die Zahl der Krankenhäuser je 100.000 Einwohner kleiner ist.

Ausgehend von der geschlechter- und altersspezifischen Verweildauer wurden zwei Modellrechnungen über die Entwicklung der Krankenhausfallzahlen durchgeführt:

- In der **Variante I** gehen wir von der durchschnittlichen Verweildauer im Jahr 2006 aus und halten diese bis zum Jahr 2030 konstant.
- In der **Variante II** gehen wir von einem weiteren Rückgang der Verweildauer der Patienten in Krankenhäusern aus. Wie Abbildung 2 zeigt, ist diese seit 1991 um 40 % gesunken, was einem jahresdurchschnittlichen Rückgang von ca. 3 % entspricht. Allerdings hat sich der Rückgang in den letzten Jahren deutlich abgeschwächt und lag in den Jahren von 2000–2006 bei nur noch 2,2 %. In unserer Modellrechnung gehen wir im Projektionszeitraum von einem weiteren Rückgang um jährlich 1 % aus.⁹

Nach unseren Modellrechnungen (vgl. Abb. 3) liegt in der Variante I die Krankenhausfallzahl in Thüringen im Jahr

Abbildung 2: Langfristrends im Krankenhausbereich in Deutschland: Entwicklungen seit 1991 (1991=100)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, Ausgabe 2006.

Tabelle 4: Vergleichsdaten zum Krankenhausbereich im Jahr 2006

	Thüringen	Deutschland
Zahl der Krankenhäuser je 100.000 Einwohner	1,94	2,55
Betten je Krankenhaus	359	243
Betten je 100.000 Einwohner	695	620
Patientenfälle je 100.000 Einwohner	22.611	20.437
Verweildauer in Berechnungstagen	8,6	8,5
Bettenauslastung	76,8 %	76,3 %
Krankenhaus-Struktur: Anteil		
– öffentliche Krankenhäuser	35,6 %	34,1 %
– freigemeinnützige Krankenhäuser	28,9 %	38,2 %
– private Krankenhäuser	35,6 %	27,8 %

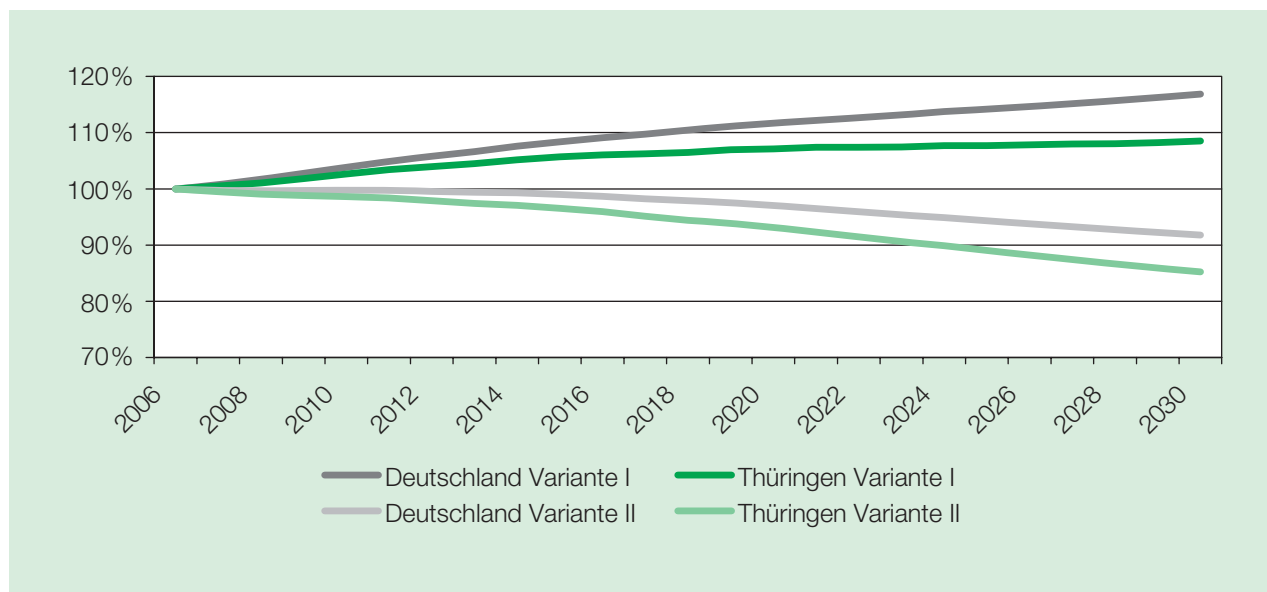
Quelle: Berechnet aus Angaben des Statistischen Bundesamtes.

2020 (2030) ca. 7 % (ca. 8,5 %) *über* dem Wert von 2006 und in der Variante II – die wir für realistischer halten – ca. 7 % (ca. 14 %) *unter* dem Wert von 2006. In beiden Varianten fällt das Fallzahlenwachstum in Thüringen deutlich geringer aus als in Gesamtdeutschland, was auf den Bevölkerungsrückgang in Thüringen zurückzuführen ist. Das STATISTISCHE BUNDESAMT hat in einer aktuellen Studie [vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2008a)] ähnliche Modellrechnungen vorgelegt, hierbei aber noch zusätzlich sinkende Behandlungsquoten auf Grund der steigenden Lebenserwartung für die Altersgruppen ab 60 Jahren

unterstellt. In der Status-quo-Variante, die in etwa unserer Variante I entspricht, kommt das STATISTISCHE BUNDESAMT im Vergleich der Jahre 2005 und 2020 für Thüringen auf einen Fallzahlenzuwachs von ca. 3 %.

Ergänzend wird in der Tabelle 5 über die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2006 informiert. Thüringen ist hier insbesondere durch eine deutlich unterdurchschnittliche Bettenauslastung gekennzeichnet. Bei diesen Einrichtungen ist die Trägerschaft durch die öffentliche Hand noch geringer als bei den Krankenhäusern. Nur ca. 13 % der Einrichtungen sind in öffentlicher Hand.

Abbildung 3: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen in Deutschland und in Thüringen 2006–2030 unter alternativen Annahmen (Indexreihe: 2006=100 %)



Quelle: Eigene Berechnungen.

Auch hier wurde wieder eine einfache Modellrechnung über die Fallzahlenentwicklung durchgeführt, wozu Angaben zur altersspezifischen Verweildauer und der Fallzahl zur Verfügung standen, aber keine geschlechtsspezifischen Daten. Auch in den Vorsorge- und Reha-Einrichtungen war die Verweildauer rückläufig, aber nur in sehr geringem Umfang, sodass nur eine Variante mit konstanter Verweildauer berechnet wurde. Wie die Ergebnisse in Abbildung 4 zeigen, ist in Thüringen in den nächsten Jahren mit einer stabilen Fallzahl zu rechnen und ab Mitte der nächsten Dekade wird es zu einem Bedarfsrückgang kommen. Die Ursache hierfür ist das Zusammenspiel von allgemeinem Bevölkerungsrückgang und dem Umstand, dass die Altersgruppen ab 75 Jahren einen mit zunehmendem Alter starken Rückgang bei den Fallzahlen verzeichnen.

Insgesamt lässt sich aus diesen Überlegungen die Schlussfolgerung ziehen, dass es im Krankenhausbereich (sowie dem Vorsorge- und Reha-Bereich) im Land keines Kapazitätszuwachses bedarf. Im Jahr 2006 verfügten die Krankenhäuser noch über eine Kapazitätsreserve von ca. 25 %. Eher ist die Erwartung nahe liegend, dass es mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer weiteren leichten Kapazitätsbereinigung kommen könnte. Allerdings können wir keine Aussagen darüber machen, in welchem Umfang im Land noch weitere Modernisierungsinvestitionen erforderlich sind und ob die regionale Verteilung der Krankenhauskapazitäten angemessen ist. Letzteres könnte angesichts des Umstandes, dass Thüringen eine deutlich unterdurchschnittliche Bevölkerungsdichte hat (ca. 140 Einwohner je km² während der

Flächenländerdurchschnitt bei ca. 215 Einwohner je km² liegt) und die Krankenhäuser – wie in allen ostdeutschen Flächenländern – deutlich größer sind und damit die Versorgungsdichte in den ländlicheren Regionen auch geringer ist, etwas problematisch sein. Dieser für Thüringen feststellbare Befund gilt auch in den anderen ostdeutschen Ländern und ist auf die aus der DDR übernommene Krankenhausstruktur zurückzuführen, da in der DDR Krankenhäuser relativ groß ausgelegt waren, während die nicht-städtischen Regionen mit Krankenanstalten deutlich unterversorgt waren.

2.3 Einrichtungen für behinderte Personen

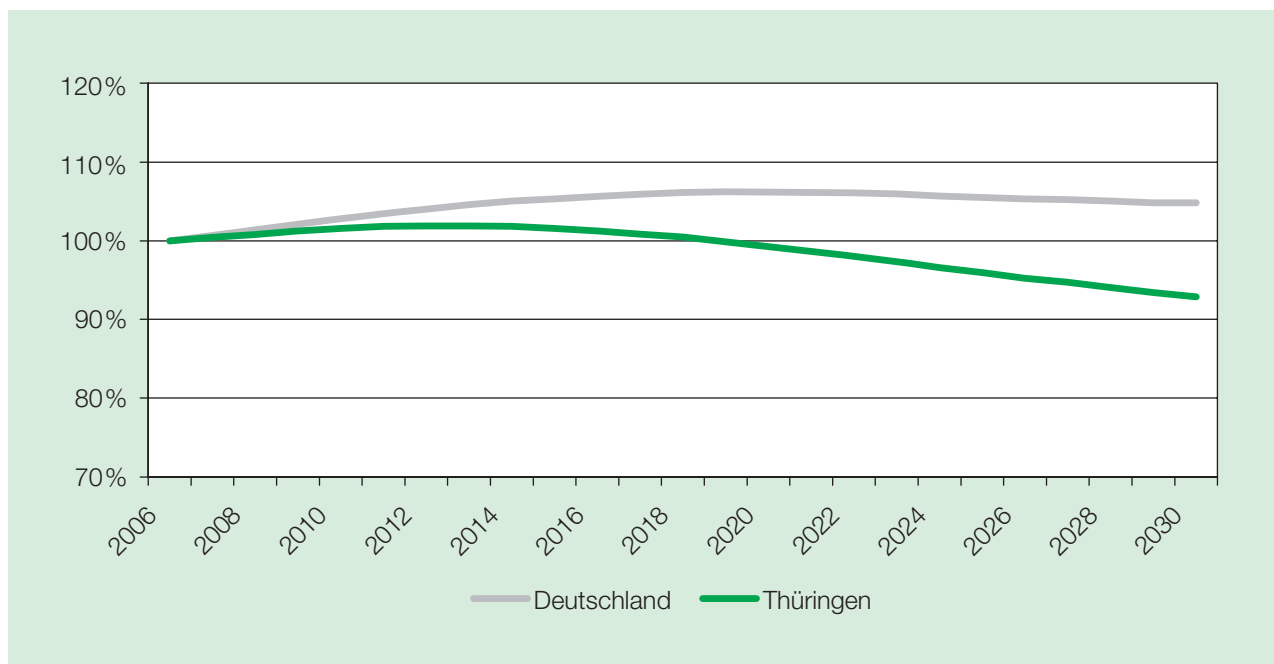
Die amtliche Statistik liefert keine hinreichend präzisen Daten über die Heime und Einrichtungen für behinderte Personen. Nach den Daten in Tabelle 6 gibt es zwischen Thüringen und Gesamtdeutschland keine signifikanten Unterschiede bei der Einrichtungs- und Kapazitätsversorgung bei Einrichtungen für Behinderte. Je 1 Mill. Einwohner gibt es etwas mehr als 60 Einrichtungen und ca. 2.200 Versorgungsplätze.

Da die Gruppe der Schwerbehinderten eine zentrale „Nachfragegruppe“ nach Behinderteneinrichtungen ist, wollen wir uns kurz mit den über diese Bevölkerungsgruppe vorliegenden Informationen beschäftigen. Der Anteil der Schwerbehinderten steigt insbesondere ab der Altersgruppe über 50 Jahre dramatisch an, während die Quote bei den jüngeren Einwohnern relativ gering ist. Insgesamt liegt in Thüringen die Quote der Schwerbehinderten mit

Tabelle 5: Vergleichsdaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2006

	Einrichtungen je 100.000 Einwohner	Betten je 100.000 Einwohner	Fälle je 100.000 Einwohner	Verweil- dauer in Tagen	Betten auslastung in %
Baden-Württemberg	2,1	260	2.716	24,7	70,7
Bayern	2,4	251	2.684	24,4	71,7
Brandenburg	1,1	210	2.383	28,4	88,3
Hessen	1,8	290	2.760	27,5	71,5
Mecklenburg-Vorpommern	3,7	621	6.878	24,7	75,0
Niedersachsen	1,7	223	2.560	24,5	77,0
Nordrhein-Westfalen	0,7	113	1.195	27,8	80,3
Rheinland-Pfalz	1,6	200	2.091	27,4	78,6
Saarland	1,8	292	2.601	29,5	72,0
Sachsen	1,1	212	2.179	26,4	74,4
Sachsen-Anhalt	0,8	150	1.735	24,8	78,7
Schleswig-Holstein	2,7	398	4.760	23,1	75,6
Thüringen	1,5	264	2.526	26,2	68,4
Deutschland	1,5	210	2.230	25,6	74,6

Quelle: Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Abbildung 4: Entwicklung der Fallzahlen in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in Deutschland und in Thüringen 2006–2030 unter alternativen Annahmen (Indexreihe: 2006=100 %)

Quelle: Eigene Berechnungen.

ca. 8,19 % nur geringfügig unter dem Deutschlandvergleichswert von 8,22 %. Auch beim durchschnittlichen Schwerbehinderungsgrad gibt es zwischen Thüringen und Gesamtdeutschland keine großen Unterschiede. Die höchsten Schwerbehinderungsgrade erreichen die jungen Schwerbehinderten. Der durchschnittliche Schwerbehinderungsgrad sinkt mit zunehmendem Alter bis zum Alter von 60 Jahre monoton¹⁰ und steigt ab dem Alter von 60 Jahren wieder deutlich an.

Wie Abbildung 5 zeigt, werden sich die Zahl und der Bevölkerungsanteil der Schwerbehinderten bis zum Jahr 2030 deutlich erhöhen, was eine Folge des Alterungsprozesses in Verbindung mit der höheren Schwerbehinderungswahrscheinlichkeit im Alter ist. So werden ab dem Jahr 2030 ca. 10 % der Bevölkerung als „schwerbehindert“ gelten.

Insgesamt ist somit in diesem Bereich von einem steigenden Bedarf an Versorgung auszugehen, wobei es die Daten aber nicht möglich machen, hier eine Trennung von Behinderteneinrichtungen und allgemeinen Pflegeeinrichtungen vorzunehmen.

3. Zusammenfassende Schlussfolgerungen

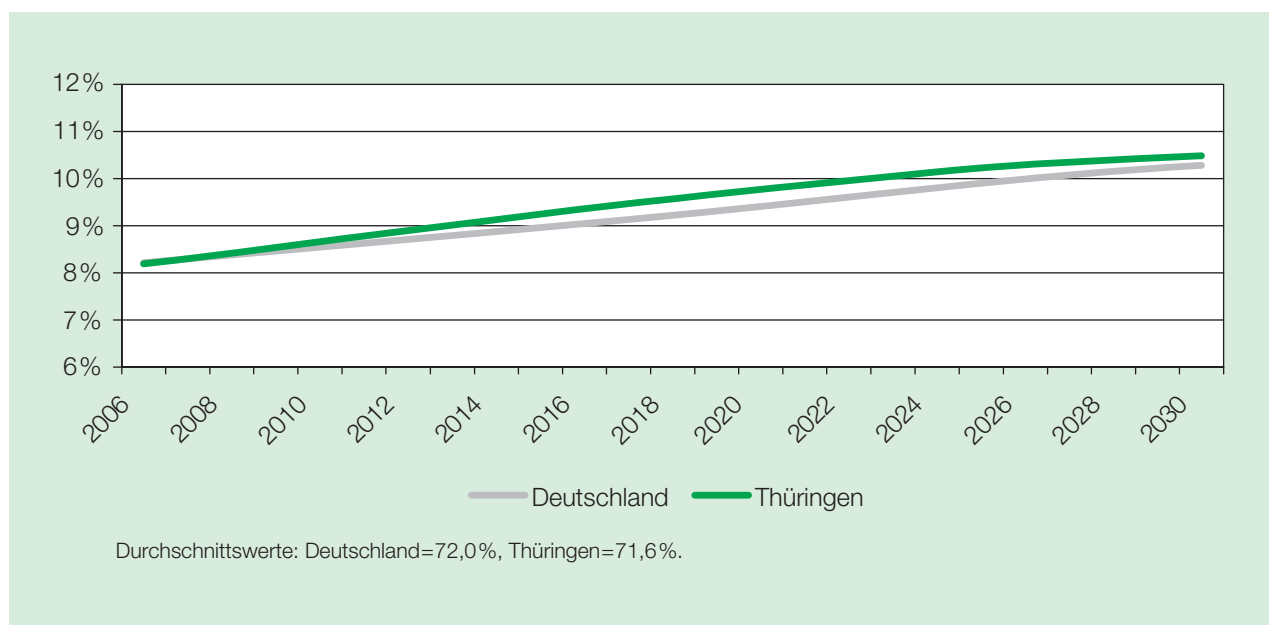
Unsere Projektionsrechnung zeigt, dass der Platzbedarf in Pflegeheimen in Thüringen bis 2020 um ca. 45 % und bis 2030 sogar um ca. 60 % steigen wird. Damit verbunden sind auch ein erheblicher zusätzlicher Personalbedarf sowie ein großer Investitionsaufwand, der allerdings zum überwiegenden Teil außerhalb des öffentlichen Bereichs anfallen wird. Die Länder- und Gemeindehaushalte werden hiervon durch steigende Sozialhilfeausgaben (insb. aber nicht nur Hilfe zur Pflege) tangiert. Ähnlich ist die Entwicklung im Bereich der Behinderteneinrichtungen, wobei bei älteren Menschen aber kaum zwischen allgemeinen Pflege- und Behinderteneinrichtungen zu differenzieren ist. Für den Krankenhausbereich (sowie dem Vorsorge- und Reha-Bereich) gibt es nach unseren Resultaten in Thüringen keinen Kapazitätszuwachsbedarf. Im Jahr 2006 verfügten die Krankenhäuser noch über eine Kapazitätsreserve von ca. 25 %. Eher ist

Tabelle 6: Strukturdaten für Einrichtungen für Behinderte im Jahr 2003

	Thüringen	Deutschland
Einrichtungen je 1 Mill. Einwohner	64,0	62,2
Plätze je 1 Mill. Einwohner	2.158	2.174

Quelle: Heimbericht auf Basis von Meldungen der Heimaufsichtsbehörden.

Abbildung 5: Projektion der Entwicklung der Zahl der Schwerbehinderten in Deutschland und in Thüringen von 2006–2030 (in % der Bevölkerung)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 5.1.

die Erwartung nahe liegend, dass es mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer weiteren leichten Kapazitätsbereinigung kommen könnte.

Was sind die fiskalischen Implikationen für den Landeshaushalt und die kommunalen Haushalte in Thüringen?

- Den direkten (eigene Investitionen) und indirekten (Investitionsfördermaßnahmen) öffentlichen Investitionsaufwand im Bereich der sozialen Infrastruktur in den nächsten 10 bis 20 Jahren schätzen wir als recht gering ein, da die Träger der Einrichtungen weitgehend freigemeinnützig bzw. privat sind.
- Mit Sicherheit werden aber die laufenden Ausgaben in der Sozialhilfe, und hier insb. der Hilfe zur Pflege und in abgeschwächter Form auch im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Personen, deutlich ansteigen. Die zentralen Push-Faktoren haben wir schon genannt: Zukünftig geringere Ansprüche der Rentnergenerationen an das System der Sozialversicherung (Gefahr der Altersarmut), steigende Pflegekosten u. a. auch wegen der Tarifangleichungstrends sowie demographisch bedingtem deutlichem Anstieg der Pflegefälle.

Vergleichbare Aussagen im Hinblick auf die Bedarfsentwicklung im Bereich der sozialen Infrastruktur sowie der fiskalischen Konsequenzen dürften in weitgehend ähnlicher Form auch für die anderen ostdeutschen Länder gelten.

Ferner muss man sich in Thüringen, aber auch den anderen ostdeutschen Ländern, Klarheit über noch bestehenden und öffentlich zu finanzierenden Neu-, Modernisierungs- und Investitionsförderbedarf im Bereich der sozialen Infrastruktur verschaffen. Da die Solidarpaktmittel bereits in der Absenkungsphase sind, wird ab der Mitte der nächsten Dekade das verfügbare Investitionsmittelbudget sehr knapp werden, sodass man jetzt prospektive Entscheidungen treffen muss.

Letztendlich sollte man noch auf folgenden Aspekt hinweisen: Im Bereich der Pflegeeinrichtungen haben wir auf einen erheblichen Bedarfszuwachs in Ost und West in den nächsten Dekaden hingewiesen. Da dieser Bereich sehr arbeitsintensiv ist, ist es verlockend, auch Pflegeplätze zu „exportieren“, d. h. mit mehr und attraktiveren Pflegeeinrichtungen zu pflegende Personen aus anderen Ländern anzulocken, um so mehr Jobs und auch eine bessere Kapazitätsauslastung in den Pflegeeinrichtungen zu schaffen. Hierbei muss aber berücksichtigt werden, dass diesen positiven Effekten auch fiskalische Belastungen – z. B. in Form der Gewährung von Sozialhilfe (insb. Hilfe zur Pflege) – gegenüber stehen bzw. stehen könnten.¹¹ Man muss also hier eine Abwägung vornehmen zwischen den positiven Beschäftigungs- und Kapazitätsauslastungseffekten (einschließlich

des Umstandes, dass ein zusätzlicher Einwohner zusätzliche Einnahmen im Finanzausgleich von ca. 2.800 € pro Jahr generiert¹²) auf der einen Seite und den möglichen zusätzlichen Sozialleistungsausgaben auf der anderen Seite.¹³

Literatur

- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIEN, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2006): Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner (Heimbericht), Berlin.
- TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG (Hrsg.) (2006): Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteinrichtungen.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2008a): Demographischer Wandel in Deutschland, Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlung und Pflegebedürftigkeit im Bund und in den Ländern, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2008b): 16 Jahre Kinder- und Jugendhilfegesetz in Deutschland, Wiesbaden.
- SEITZ, H. (1998): Die ökonomischen Effekte der kommunalen Infrastruktur: Ein Überblick, Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Band 21, S. 450–468.
- SEITZ, H., D. FREIGANG, S. HÖGEL und G. KEMPKE (2007): Die Auswirkungen der demographischen Veränderungen auf die Budgetstrukturen der öffentlichen Haushalte, Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 2007, S. 146–164.
- SEITZ, H. und G. KEMPKE (2007): Fiscal Federalism and Demography, Public Finance Review, 2007, S. 385–413.

¹ Vgl. ausführlicher SEITZ (1998).

² Die Kindertageseinrichtungen rechnen wir zu den Bildungseinrichtungen, sodass wir diese hier ausklammern.

³ So reduziert ein hoher Anteil von Fernpendlern die Fähigkeit zur Versorgung pflegebedürftiger Personen in der Familie.

⁴ Vgl. hierzu SEITZ und KEMPKE (2007) sowie SEITZ et al. (2007).

⁵ Vgl. hierzu STATISTISCHES BUNDESAMT (2008b).

⁶ In einer ausführlicheren Fassung des hier vorliegenden Beitrages werden auch diese Einrichtungen behandelt, vgl. hierzu SEITZ (2008).

⁷ Es könnte durchaus sein, dass die hohe Fallzahl in Schleswig-Holstein auf den Umstand zurückzuführen ist, dass das Land auch eine Versorgungsfunktion für Hamburg erfüllt.

⁸ Bei den Empfängern außerhalb von Einrichtungen liegt die Quote bei lediglich ca. 22 %.

⁹ Die Ursachen für eine sinkende Verweildauer sehen wir insbesondere im medizinisch-technischen Fortschritt aber auch im Ausgabenbegrenzungsdruck im Gesundheitswesen.

¹⁰ Ursache hierfür ist sicherlich der Umstand, dass der Personenkreis der jungen Schwerbehinderten eine geringere Lebenserwartung hat.

¹¹ Hier wäre insb. § 98 des SGB XII zu beachten.

¹² Entscheidend ist natürlich auch die Frage, ob der erste Wohnsitz ebenfalls verlagert wird.

¹³ Ggf. kann man auch durch vertragliche Regelungen zwischen Ländern (und Kommunen) eine Optimierung der fiskalischen Situation in den „Export-“ und „Importregionen“ erreichen.